

Kábítószer-fogyasztás, prevenció, kezelés

Részlet a 2005. évi magyarországi kábítószerhelyzetről szóló jelentésből

Kábítószer-problémával foglalkozó kutatások

2005-ben országos adatfelvétel sem a fiatalok, sem pedig a felnőttek körében nem történt. Ugyanakkor önkormányzatok, kábítószerügyi egyeztető fórumok megbízásából több olyan kutatás készült, amely az ország valamely régiójában vagy városában élő fiatalok drogfogyasztási szokásait vizsgálta. Ezen kutatások eredményei meghatározó szerepet játszanak a helyi (városi, megyei, régiós) drogstratégia kialakításában – összhangban a Nemzeti stratégia célkitűzéseivel. A 13 évet átölelő budapesti középiskolás adatfelvétel-sorozat azt valószínűsíti, hogy az elmúlt években csökkent, vagy megállt a tiltott szerfogyasztás terjedése a magyar fiatalok körében. A budapesti 9-10. évfolyamon tanuló diákok drogfogyasztási szokásait vizsgáló kutatás eredményei szerint a fővárosi fiatalok 31,5%-a próbált már életében valamilyen tiltott szert.

Drogfogyasztás az iskolás- és fiatalkorú populációban

Budapesti iskolavizsgálat 2005

2005-ben az ESPAD kérdőív és módszertani útmutatók alapján készült kutatás (Elekes, Paksi 2005) a budapesti 9-10. évfolyamon tanuló diákok drogfogyasztási szokásait vizsgálta. A vizsgálat eredményei szerint a fővárosi fiatalok 31,5%-a próbált már életében valamilyen tiltott szert. A kannabiszszármazékok életprevalencia értéke 29,3%, az ecstasyé 9,3%, az amfetaminoké 6,9%, az inhalánsoké 5,1%, az LSD-é 4%, a patron/lufi értéke pedig 4,8%. A többi szer életprevalenciája 4% alatti. Elterjedt az orvosi recept nélküli nyugtató fogyasztása (12,9%), valamint az alkohol és gyógyszer együttes fogyasztása (7%). A tiltott drogok éves prevalencia-értéke 22,6%, havi prevalenciája pedig 12,9%. Azaz, a valaha valamilyen tiltott drogot kipróbálók közel 75%-a az előző évben is, 40%-a pedig az elmúlt hónapban is fogyasztott valamilyen tiltott szert.

A Budapestre vonatkozó adatok lehetőséget adnak a hosszabb távú változások bemutatására is. Az ESPAD-vizsgálatok éveiben, valamint 2000-ben és 2002-ben Budapesten kiegészítő adatfelvételek készültek az ESPAD-kérdőív és módszertani útmutató felhasználásával. Az 1992. évi kutatás eredményei szintén összehasonlíthatóak. Ez lehetőséget ad a 10. évfolyamon tanuló fővárosi fiatalok fogyasztási szokásaiban bekövetkezett változások vizsgálatára 1992–2005 között.

1. ábra

A szerenkénti életprevalencia értékek tendenciái 1992 és 2005 között, a budapesti 10. évfolyamos középiskolások körében (%)

Forrás: Elekes, Paksi 2003; Elekes, Paksi 2005

E kutatások alapján megállapítható, hogy a 10. évfolyamos fővárosi diákok körében 13 év alatt háromszorosára (11,6%-ról 35,1%-ra) nőtt a tiltott szerfogyasztás életprevalencia-értéke.

A növekedés a kilencvenes évek második felében volt jelentős, a 2000-es évek elején a növekedés mértéke csökkent, az elmúlt két évben pedig nem változott az elterjedtség. A növekedés elsősorban a kannabiszfogyasztás terjedésének köszönhető. A többi tiltott szer fogyasztása a kezdeti növekedés után inkább stabilitást mutat. Figyelemre méltó, hogy bár jelentős ingadozásokkal, az időszak csaknem egészében a második-harmadik legelterjedtebb fogyasztási mód az orvosi javaslat nélküli nyugtatófogyasztás, illetve a gyógyszer alkohollal történő fogyasztása (Elekes, Paksi 2000; Elekes 2005; Elekes, Paksi 2005).

Regionális kutatások

Jász-Nagykun-Szolnok megyében a 13–18 éves tanulók körében 2005-ben készült reprezentatív vizsgálat (Kovács 2005). A kutatás adatai szerint a megkérdezettek 20,5%-a próbált már életében valamilyen tiltott szert. Ez az életprevalencia érték négyszeres növekedést mutat a 2001. évi megfelelő adathoz képest, amikor csupán 5% volt a kipróbálók aránya. Legelterjedtebb a kannabisz és az ecstasy kipróbálása (58,7%), de gyakori a különféle szerek (18,7%) együttes használata is.

Salgótarján városban 2005 júniusában készült kutatás a 7–14. évfolyamon tanulók körében. A megkérdezettek 13%-a próbált már életében valamilyen tiltott szert, közülük 5% tekintette magát alkalmi, 1%-a pedig rendszeres fogyasztónak. A szerfogyasztás életprevalenciája a legfiatalabb (13–15 éves) és a legidősebb (18–20 éves) korcsoportok között ötszörös különbséget mutat.

Székesfehérváron 2004. december és 2005. február között a 7–14. évfolyamos diákok körében készült adatfelvétel. A kutatás eredményei szerint a diákok 22%-a próbált már életében valamilyen tiltott szert és/vagy inhalánst. A 7-8. évfolyamon 9%, a 9–14. évfolyamon pedig 25% a kipróbálási arány. Ez jelentős növekedést mutat a 2000. évi 16%-os életprevalencia értékhez képest. A marihuána életprevalencia-értéke 14,4%, a hasisé 3,2% volt 2005-ben. A diákok 6,6%-a próbálta már életében az ecstasyt, 5,1%-uk a speedet. Az inhalánsok életprevalencia-értéke (9,2%) országos összehasonlításban is magasnak tekinthető. A diákok alkohol gyógyszerrel történő használata 16%, illetve az orvosi javaslat nélküli gyógyszer fogyasztása 9,4% volt.

Kaposváron 2005 júniusában a 7–14. évfolyamon tanuló diákok és főiskolások körében reprezentatív mintán készült kutatás. A vizsgálat eredményei szerint a tiltott szerek és inhalánsok életprevalencia értéke 17%. A fiatalok körében legelterjedtebb a kannabiszszármazékok fogyasztása (marihuána: 12,9%, hasis: 4,1%). Az inhalánsok életprevalenciája 6,9% volt. Az ecstasyt a megkérdezettek 6,3%-a, a speedet 5,9%-a próbálta már ki az élete során. Az opiátszármazékok életprevalencia-értéke 3,2%, amely magasnak tekinthető az átlagpopuláció opiátfogyasztásához képest. Kiemelkedően magas a gyógyszer és alkohol együttes használatának életprevalencia-értéke (18%) a városban. A megkérdezettek 12%-a fogyasztott életében nyugtatót orvosi javaslat nélkül.

Tatabányán 2006 márciusában a 9–12. évfolyamon tanuló fiatalok körében készült vizsgálat. A megkérdezettek 29%-a fogyasztott már életében valamilyen tiltott szert. Szintén magas éves és havi prevalenciaértékek figyelhetők meg (22%, illetve 12%). A többi városhoz hasonlóan itt is a kannabiszszármazékok kipróbálása a legelterjedtebb (27%). Ezt követi az ecstasy, valamint az altató/nyugtató orvosi javaslat nélküli fogyasztása egyaránt 13%-os életprevalencia-értékkel. A gyógyszer és alkohol együttes fogyasztását a fiatalok 11%-a, az amfetamint 9%-a, a szipuzást 6%-a próbálta ki. A többi tiltott szer életprevalenciája nem haladja meg a 3%-ot.

Drogfogyasztás egyes specifikus csoportokban

A fogyatékkal élők droghasználati szokásai

2005-ben a fogyatékkal élők 420 fős mintáján 5 fogyatékosági csoportban (vakok, értelmi fogyatékosok, hallássérültek, mozgáskorlátozottak, magatartási zavarral küzdők) valamint egy kontrollcsoportban készült kutatás (Farkas, Gerevich 2005). A kutatás eredményei szerint a tiltott szerhasználat a kontroll- és a magatartásproblémás csoportban volt jellemző (életprevalencia érték 25%, illetve 26,1%, havi prevalencia érték 10%, illetve 8,7%). A többi fogyatékos csoportban az életprevalencia-értékek alacsonyabbak voltak (vakok: 8,8%, értelmi fogyatékosok: 15,9%, hallássérültek: 9,9%, mozgáskorlátozottak: 12%). Azaz a kutatás eredményei szerint az egyes fogyatékosági csoportokban mind a fiatalok, mind az átlagnépességhez képest kevésbé elterjedt a tiltott szer használata.

Katonák

A 2005-ben készült kutatás (Szilágyi 2006) a Magyar Honvédség (MH) személyi állományának drogfogyasztási szokásait vizsgálta. A kutatás eredményei szerint a megkérdezettek 20,2%-a használt legalább egyszer életben valamilyen tiltott szert. A férfiaknál az életprevalencia-érték 22,8%, a nőknél 7,4%. A honvédségre jellemző életprevalencia-érték csaknem kétszerese a magyarországi 18–54 éves felnőtt népesség körében 2003-ban regisztrált 11,4%-os aránynak.

1. táblázat

Szerenkénti élet-, éves és havi prevalencia értékek 2005-ben a Magyar Honvédség személyi állományában (%)

Szer	Életprevalencia	Éves prevalencia	Havi prevalencia
Kannabisz	16,8	3,2	1,2
Amfetamin	2,4	0,8	0,5
LSD	1	0,2	0
Kokain	0,3	0	0
Inhalánsok	2,2	0,2	0,2
Opiát-származékok	0,2	0,2	0
Anabolikus szteroidok	3,5	1,3	0,6
Alkohol	92,1	88,8	79,6
Dohányzás	74,5	58,9	54,1

Forrás: Szilágyi 2006

Az adatok alapján megállapítható, hogy az MH személyi állományában a legelterjedtebb az alkoholfogyasztás és a dohányzás, illetve a kannabiszszármazékok és az anabolikus szteroidok fogyasztása havi, éves és életprevalencia-szinten egyaránt.

Az alkoholfogyasztás, dohányzás első fogyasztásának átlagéletkora közel azonos az állomány tagjai körében (16,5 év), ennél kicsivel magasabb a kannabisz-származékok kipróbálásának átlagos életkora (19 év).

Általános prevenció

Iskolai prevenció

Az ICsSzEM–OM közös iskolai egészségfejlesztési és drogprevenciós programok támogatására kiírt pályázatának keretösszege 2005-ben 180 000 000 Ft volt. A pályázat célja 2005-ben is az iskolában korszerű szakmai megfontolásokat tükröző, interaktív oktatási technikákkal dolgozó programok megjelentetése volt. A pályázatok elbírálása során előnyt élveztek azon programok, amelyek a bűnmegelőzéssel kapcsolatos témák feldolgozásán túl tartalmazták a szülők és a kortárssegítők, kortársképzők bevonását is az iskolai egészségnevelési feladatokba.

A 708 pályázó közül 309 iskola részesült 160 090 050 Ft pályázati támogatásban. Ez azt jelenti, hogy a pályázat keretében a 11–18 éves populációból közel 114 000 diák vett részt prevenciós célú foglalkozásokon.

Drogügyi koordinátorok képzése

A 2002-óta folyó drogügyi koordinátor-képzés a 2005-ös évben öt alkalommal került megrendezésre, összesen 460 pedagógus részvételével. A képzést elvégző drogügyi koordinátoroknak 2003 óta lehetősége van, hogy továbbképzésen vegyenek részt. A több mint 2000 drogügyi koordinátorból 449-en vettek részt továbbképzésen a 2004/2005-ös tanévben.

Szülők elérése

Olyan szervezet, mely kizárólag a szülőkre irányuló tevékenységet is folytat, nagyon kevés került azonosításra (4 szervezet). A szülőkre irányuló programok hiányára hívja fel a figyelmet a Gyermekparadicsom Alapítvány által készített kutatás is (Marton 2005). Bár a kutatás alapvető célja nem a programok feltárása volt, a szervezetektől azt is megkérdezték, hogy ha végeznek prevenciós tevékenységet, akkor azokba milyen arányban vonják be a szülőket. A megkérdezett 141 szervezet és intézmény több mint felében, összesen 81 helyen – azaz a helyszínek 57,4%-ban – volt jelen valamilyen drogprevenciós tevékenység. Bár a számok azt mutatták, hogy a prevenciós programok 63%-ában van olyan programelem, amely valamilyen szinten bevonja a szülőket is, ezek nagy része csak nagyon felszínesen, illetve közvetetten érinti őket. Sok helyen leginkább csak néhány szóróanyagról van szó, illetve

egy-két alkalomszerű szülői értekezletről. Nagyon kevés olyan helyszín van, ahol kimondottan a szülőket megcélzó prevenciós program működik.

Célzott prevenció

Veszélyeztetett csoportok és családok

A célzott prevenciós programok a teljes populáció olyan alcsoportjaira irányulnak, melyek tagjai bizonyos jellemzőik alapján különösképpen veszélyeztetettnek tekinthetők (pl. etnikai csoportok, iskolából kimaradó fiatalok, rossz környéken élő fiatalok stb.).

A Nemzeti Drog Fókuszpont által készített kutatásban feltárt, veszélyeztetett csoportok körében tevékenykedő szervezetek a következő célcsoportokat említették.

2. ábra

Az iskolai kereteken kívül tevékenykedő szervezetek által megjelölt célcsoportok (említések száma), N=54

A szociális és/vagy tanulási problémákkal küzdő és/vagy rossz környéken élő fiatalokkal foglalkozó szervezetek a három célcsoport közül jellemzően legalább kettőt említettek (10 szervezet). Ezen veszélyeztetett fiatalokkal foglalkozó szervezetek fele családsegítő, illetve gyermekjóléti szolgálat. A szolgálatok táborokat és klubrendezvényeket szerveznek a fiatalok számára, a foglalkozásokat a szolgálat helyiségeiben tartják. A többi, ezen problémákkal küzdő fiatalokkal foglalkozó szervezet is jellemzően szabadidős programokat és táborokat szervez a fiatalok számára.

A családokra irányuló programok jellemzően a szülők és gyermekeik közös szabadidő-eltöltéséhez kínálnak alternatívát, illetve a szerhasználó és társadalmilag hátrányos helyzetben lévő szülők gyermekeivel való foglalkozásba próbálják a szülőket is bevonni.

A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok által megjelölt szervezetek közül 9 nyújt valamiféle „parti service” szolgáltatást, ezek egyike sem kizárólag ezzel foglalkozó szervezet, általában iskolai prevenció (5 szervezet), vagy kortárssegítő képző tevékenységet folytatnak még (3 szervezet).

Roma fiatalok

A kutatás során megkérdezett szervezetek közül 5 említette, hogy roma fiatalok számára szervez programokat, ezek közül 3 táborokat és szabadidős foglalkozásokat, 2 pedig kortárssegítő-képzést nyújt a fiataloknak. Ezen szervezeteken kívül egy olyan alapítványról van még információ, mely a roma és nem roma fiatalok számára nyújt közös kortárssegítő képzéseket.

Bevásárlóközpontokat látogató fiatalok

A Nemzeti Drogmegelőzési Intézet egy kutatásfejlesztési projekt keretében teremtette meg egy újfajta alacsonyküszöbű szolgáltatás szakmai és adminisztratív feltételeit. A kutatás feltárta, hogy a bevásárlóközpontokat nagy gyakorisággal látogató fiatalok, fiatal felnőttek (legális és illegális) szerhasználati gyakorisága jelentősen nagyobb, mint az ilyen intézményeket nem, vagy kis gyakorisággal látogató társaiké. A kvalitatív vizsgálatok egyértelműen rámutattak arra, hogy a bevásárlóközpontok az azokat nagy gyakorisággal felkereső fiatalok mindennapjaiban nem a bevásárlás szempontjából bírnak kiemelkedő

jelentőséggel. Ezek a helyszínek a szabadidő eltöltésének új helyszíneivé váltak, sajátos pszichológiai jelentést, üzenetet hordoznak. Az is megállapítást nyert, hogy ezek a helyszínek optimális lehetőséget biztosítanak prevenciós, illetve alacsonyküszöbű szolgáltatások elindításához. A kutatási tapasztalatokra építve 2005 októberében két helyszínen – Budapesten a Pólus Centerben, Pécsen pedig a Pécs Plázában – került sor az új szolgáltatások beindítására. Az üzemeltetés első 3 hónapja alatt az összes látogató száma 1820, az átlagos napi látogatók száma a két helyszínen együtt 28 fő volt.

Prevenció a büntetés-végrehajtási intézetekben

A büntetés-végrehajtási (bv.) intézetekben 2003 óta folyik drogprevenciós tevékenység. Jelenleg 12 büntetés-végrehajtási intézetben nyújtanak az önként jelentkezők számára komplex programot, amely bizonyos kedvezmények mellett kötelezi a résztvevőket a szűrővizsgálatra is.

A Büntetés-végrehajtási Szervezet egy kilenc videokazettából álló ismeretterjesztő sorozatot juttatott el minden bv. intézetnek, melyet 3-5 hetes időtartamokban vetítenek le a fogvatartottaknak. A vetítésekhez kapcsolódóan a nevelők csoportos foglalkozások keretében vitatják meg a látottakat a fogvatartottakkal. A foglalkozásokon a beindítás óta eltelt három év során körülbelül 6000 fogvatartott vett részt. A bv. intézetekben működő iskolák oktatási programjának is részét képezi a drogprevenció, a rehabilitáció és az egészségmegőrző ismeretek átadása. Az iskolák a prevenciós munka során drogügyi koordinátorokat is alkalmaznak. A fiatalkorúak bv. intézeteiben lehetőség van a szülők számára „szülői értekezlet” szervezésére, melyek során a bv. intézet kábítószer-ellenes tevékenységéről is tájékoztatást kapnak a szülők.

A Magyar Honvédség drogprevenciós tevékenysége

A Magyar Honvédség az állományában végzett drogfogyasztással kapcsolatos kutatások alapján dolgozta ki drogprevenciós programjait. A kutatások célja nem csak a drogkipróbálás és -fogyasztás mértékének feltérképezése volt, hanem annak megismerése is, hogy mely tényezők játszanak fontos szerepet a személyi állomány drogfogyasztó csoportba való bekerülésében és bennmaradásában. Az állomány körében folyó programok célja elsősorban a droghasználat előfordulási gyakoriságának csökkentése. A programok során a szociális

hatásokkal szembeni ellenállást erősítő módszereket alkalmazzák (problémamegoldás, konfliktuskezelés, önbizalom-építés, reális énkép kialakítása, szereptanulás, magabiztosság, akadályoztatással szembeni tolerancia, kritikai „beállítódás”).

Munkahelyi prevenció

A Foglalkoztatási Hivatalban kidolgozásra került a „Maradj a Zöld Zónában! A vállalatok és dolgozóik mozgósítása a káros alkohol- és a kábítószer-fogyasztás megelőzésére” elnevezésű program. A program célja, hogy mindenféle drogfogyasztás (kábitószer, alkohol, gyógyszerek) megelőzésébe és csökkentésébe olyan módon vonja be a vállalati vezetőket és dolgozókat, hogy ezeket a törekvéseket összekapcsolja a vállalatok hatékonyságának növelésével. A hangsúly az elsődleges megelőzésen, a felvilágosításon és a meggyőzésen van, a közösségi kezdeményezések bekapcsolásával ugyanakkor segítséget kíván nyújtani a rászorulóknak kezeléséhez és rehabilitálásához is. Az előkészítés során elkészült két pilot vállalati program (Paksi Atomerőmű Rt., Határőrség Országos Parancsnoksága) megvalósíthatósági tanulmánya.

Kezelés és ellátás

Kezelésbe vont kliensek profilja

Az egészségügyi szakellátás intézményeiben kezelt drogfogyasztók száma 4%-kal, 14 793 főre nőtt. Ha a változásokat időben átlagoljuk, akkor megállapítható, hogy 2001–2002-ben a kezelték száma 12-13 ezer fő között ingadozott, majd mintegy kétezer fős ugrás következett: az elmúlt három évben az ingadozás a 14-15 ezer fős sávba tolódott.

Az első alkalommal kezelték száma az előző évhez képest jelentősebb, 12%-os növekedést mutatott, és átlépte a 6 ezres szintet (6319 fő). 2003-ban a megelőző két évhez képest az új betegek számának stagnálása megszűnt, a 26%-os növekedés jelentősnek mondható. Ehhez képest 2004-ben az új betegek száma 5%-kal csökkent, majd 2005-ben ismét 12%-kal nőtt. A lépcsőzetes növekedési tendencia tehát itt is kimutatható, azonban az ingadozások mértéke nagyobb, mint az összes kezelt esetében.

3. ábra

Kezelésben részesült drogfogyasztók száma Magyarországon (fő)

Forrás: OSAP 1647, illetve EüM 1211. sz. jelentés

Mind az összes kezelt, mind az első kezelésben részesültek körében mutatózó évenkénti ingadozás, illetve a kezelési igény növekedésének lépcsőzetes alakulása összefügghet a törvényi szabályozás 2003-ban és 2004-ben bekövetkezett változásaival.

Szocio-demográfiai jellemzők

2002-2003-ban jelentős arányeltolódás jelentkezett az egészségügyi szakellátási intézményekben kezelt kábítószer-fogyasztók nemek szerinti megoszlásában: a férfiak aránya az addigi átlagos 2:1-hez képest 3:2-re módosult, azaz a nők részesedése növekedett. Az elmúlt két évben azonban ismét 2:1-re állt vissza a férfi/nő arány.

A nyugtatókat, altatókat visszaélés-szerűen használók között 2005-ben is a nők aránya lényegesen nagyobb volt, a nyugtató típusú szerek kivételével azonban az összes drog kategórián belül (a korábbi évekhez hasonlóan) a férfiak száma volt a magasabb.

Az első kezelésben részesültek körében hasonló tendencia jelentkezik. A nők arányának eltolódása, majd visszaállása itt is kimutatható. Külön kiemelandó, hogy az utóbbi évben a nők esetében alig volt változás, miközben az első kezelésben részesült férfiak száma 16%-kal nőtt. Ez azt is jelenti, hogy a 2005. évi forgalomnövekedés, úgy az összes kezelt, mint az első alkalommal kezelt kliensek körében, zömében a kezelt férfiak számának növekedésével magyarázható.

Az életkori megoszlás sajátos, évenként hasonló, de nemenként különböző tendenciát mutat. Az összes kezelt és az első kezelésben részesültek körében is, a férfiaknál 2001-2005 között minden évben a 20-24 év közöttiek voltak legtöbben (az elmúlt három évben egyre növekvő arányban). A nőknél is 2004-ig ez a korcsoport adta a legnagyobb gyakoriságot, azonban 2005-ben az összes kezeltre vonatkozóan, ha kismértékben is, de már a 25-29 éves korcsoport a legnépesebb, és a korábbi évekhez hasonlóan, a magasabb korcsoportokban is viszonylag magas a gyakoriság.

Az életkori megoszlásban mutatkozó nemek szerinti különbség azzal függhet össze, hogy a nők által jellemzően használt drogok a nyugtatók és az altatók, illetve ezeknek alkohollal történő együttes fogyasztása (politoxikománia), amely hosszabb drogos karriert jelenthet. A 40 éven felüli, drogfogyasztás miatt kezelt nők gyakorisága jelentősen meghaladja a férfiakét.

Szertípus szerinti megoszlás

2002-ben alapvetően a nyugtató-, és altatószerek fogyasztásának megugrása miatt a legális szerek aránya túlsúlyba került (56%) az illegális szerekhez képest (44%). A 2003. évben a kezelt betegek számának jelentős emelkedése mellett az illegális szerek újra túlsúlyba kerültek (52%). Ez a tendencia 2004-ben és 2005-ben folytatódott: a legális szereket fogyasztó kezelték száma folyamatosan csökkent, míg az illegális szereket fogyasztóké jelentősen nőtt. 2005-ben az illegális szereket fogyasztók aránya 62% volt.

Kezelt drogfogyasztók megoszlása a fogyasztott szerek alapján (fő)

2000 óta, amikor a kezelt opiátfogyasztók aránya elérte a 39%-os csúcspontját, ennek a szertípusnak a részesedése 2004-ig folyamatosan csökkenő tendenciát mutatott. 2005-ben ugyan 5%-os növekedés jelentkezett, de a szertípuson belül a heroin- és az intravénás használat monoton csökkenése folytatódott. A csökkenés következtében a fogyasztás gyakoriságában korábban elért első helyezését a kannabiszszármazékok vették át, és az opiátfogyasztás a nyugtatók mögé, a harmadik helyre szorult.

A kannabiszfogyasztók száma és az összes beteghez viszonyított aránya 2002 óta folyamatosan és meredeken emelkedett. 2004-ben 21%-kal, 2005-ben további 16%-kal emelkedett a kezelt kannabiszfogyasztók száma. Ezzel, a nyugtatószereket fogyasztókat megelőzve, immár a legnagyobb csoportot képezik a kezelt betegek között (36%).

Az amfetamin típusú szerek fogyasztása miatt kezelt betegek száma 2003-ban jelentősen, 52%-kal nőtt, míg 2004-ben nem változott az előző évhez képest. 2005-ben azonban újabb jelentős, 24%-os növekedés volt tapasztalható, így az összes kezelt 10%-át az amfetaminfogyasztók tették ki.

A kezelt kokainfogyasztók száma négy év folyamatos csökkenés után 2005-ben ugyan 22%-kal (113-ról 138 főre) nőtt, azonban az összes kezeltben belüli arányuk még így is csak 0,9%.

A hallucinogének fogyasztása miatt kezelt aránya az 1999 óta tartó csökkenés után 2005-ben jelentősen, 72%-kal (76-ról 131 főre) nőtt, de arányuk – a kokainhoz hasonlóan – nem jelentős (0,9%).

A visszaélésszerű nyugtató-, és altatófogyasztók aránya 2003 után folyamatosan csökkent, de 2005-ben az összes kezeltben belül még mindig 25% volt, ami azt jelenti, hogy nemcsak a legális szerek között teszik ki a legnagyobb arányt, de – a kannabisz kivételével – megelőzik az illegális szereket fogyasztókat is.

A politoxikománia (nyugtatók, altatók fogyasztása alkohollal) miatt kezelt betegek száma ugyan mutat némi ingadozást, azonban az elmúlt 5 év átlagában lényegében változatlan. Ez a

„szertípus” különösen a 30-35 év feletti nők körében jellemző, aránya az összes fogyasztók között 11%.

A kezelésben részesült szerves oldószereket fogyasztók száma folyamatos csökkenést mutat, az összes kezelt közötti arány 2005-ben 1,2% volt.

Az egyes szerek preferálásában mutatkozó, nemek közötti különbségeket az alábbi ábra jól illusztrálja.

4.

ábra

Leggyakoribb szertípusok a kezelt férfiak és nők körében (fő)

Forrás: OSAP 1647, illetve EüM 1211. sz. jelentés

Fogyasztás módja szerinti megoszlás

A kezelt kábítószer-fogyasztók körében a fogyasztás módja az elmúlt 5 évben jelentősen változott. Az intravénás használat folyamatosan csökkenő tendenciát mutat, 5 év alatt a

2001-es szinthez képest közel felére csökkent. Ugyanezen időszakban az elszívás/belélegzés – a 2002-es évet kivéve – lényegében megduplázódott. A két tendencia jól láthatóan követi a szertípusokon belül az opiátok visszaszorulását, és a kannabiszszármazékok gyors előretörését. A szájon át történő bevitel (evés/ivás) ugyancsak nőtt, de nem olyan meredeken, mint az elszívásé. A kezelt drogfogyasztók körében ez a leggyakoribb beviteli mód, amely összhangban van az altató/nyugtató fogyasztás, illetve a politoxikománia magas arányával. A szippantás csekély ingadozást mutat és aránya is alacsony. Az egyéb fogyasztási mód 2002-2003-ban jelentős részt képviselt, utána tizedére esett vissza. Ebben az esetben valószínűleg az történt, hogy az adatszolgáltatók ma már pontosabban tudják jelenteni a fogyasztási módokat, így kevésbé használják az egyéb kategóriát a besoroláskor.

5. ábra

A kezelték megoszlása a drogfogyasztás módja szerint

Forrás: OSAP 1647, illetve EüM 1211. sz. jelentés

Az intravénás droghasználat az összes kezelt kábítószer-fogyasztó körében az elmúlt 5 évben folyamatosan csökkent. A jelentős mértékű csökkenés (23,6%-ról 9,8%-ra) háttérében

döntően az intravénás heroinfogyasztás visszaszorulása áll, ennek aránya a kezelt intravénás kábítószer-fogyasztók körében több mint a felére zuhant vissza 2001-2005 között. Az egyéb szerek intravénás használata is csökkenő tendenciát mutat, a stimuláns-fogyasztók 8,2%-a használta intravénásan a szert, míg ez az érték 2002-ben éppen a duplája volt.

A fogyasztás gyakorisága szerinti megoszlás

A kezelt drogfogyasztók körében a fogyasztás gyakorisága szerinti megoszlás vegyes képet mutat. Az alkalmyszerűen fogyasztó összes kezelt száma – a 2004-es kismértékű visszaesést kivéve – folyamatosan növekszik. A hetente fogyasztók száma ugyanakkor 2001–2003 között nőtt, azt követően 2004-2005-ben némi csökkenés volt tapasztalható. A naponta fogyasztók számáról elmondható, hogy kisebb éves ingadozástól eltekintve, az alapvető tendencia a csökkenés.

A büntetőeljárás alternatívájaként kezeltek számának alakulása

A Btk. 2003. évi módosítása nyomán nőtt az elterelésben résztvevők köre, ami maga után vonta a droghasználókat kezelő intézményrendszer kiszélesedését is. 2004 decemberében az Alkotmánybíróság [54/2004. (XII. 13.) AB határozat] formálisan szűkítette azon elkövetések körét, amelyek esetében az elterelés lehetséges, ez azonban nem jelentett érzékelhető változást az intézményrendszer működésében.

Az elterelésben három módon lehet részt venni:

- kábítószer-függőséget gyógyító kezelés révén
- kábítószer-használatot kezelő más ellátás révén (nem-függő, de pl. komorbid fogyasztók részére nyújtott ellátások)
- felvilágosító-megelőző szolgáltatás révén.

Az első kettőt csak egészségügyi intézmény nyújthatja, az utóbbit azonban a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet által befogadott és finanszírozott ún. prevenciós szolgáltató is.

A megelőző-felvilágosító szolgáltatásba jellemzően alkalmi droghasználók, elsősorban marihuánahasználók kerülnek. Ez a szolgáltatás Magyarországon nem minősül kezelésnek, azonban az EMCDDA TDI szerint kezelésnek minősíthető. Mind a három kezelési forma 6 hónapig tart, függetlenül az elterelt személy állapotától és droghasználatának súlyosságától.

2005-ben 40 megelőző-felvilágosító szolgáltató működött az országban, ezek többségében civil szervezetek (16) vagy önkormányzati fenntartású intézmények (12) voltak, de találhatunk köztük egyházi (9) és állami intézményt (2), illetve gazdasági társaságot (1) is.

Az elterelésben részt vevő kábítószer-fogyasztók száma 2001-2002 között alig változott. Igazán jelentős emelkedés 2003-ban következett be, amelynek oka feltételezhetően a Btk. módosítása volt. A növekedés 2004-ben (37%) és 2005-ben (14%) is folytatódott. 2005-ben 2.285 fő lépett be a megelőző-felvilágosító szolgáltatásba, valamint 3.574 fő kezdte meg az elterelést valamely egészségügyi típusú szolgáltatásban. Korábbi vizsgálatok is azt valószínűsítették, hogy az elkövetőknek csak töredéke került olyan cselekmény miatt büntetőeljárás hatálya alá, amelyek 2004 decemberében kikerültek az elterelés lehetőségei közül.

A 2003-tól tapasztalható nagymértékű növekedés alapvetően az elterelésben részesülő kannabiszfogyasztók számának ugrásszerű emelkedésével függ össze (2003-ban 417%, 2004-ben 71%, viszont 2005-ben már csak 15%-os a növekedés).

2005-ben az előző évhez képest 64%-kal csökkent az opiátfogyasztás miatt elterelésben részesültek száma, viszont 50%-kal nőtt az amfetamin típusú szereket fogyasztóké. Az összes többi szer aránya ugyan csekély mértékű, azonban megjegyzendő, hogy az elmúlt évben hatszorosára nőtt a hallucinogének részesedése.

A büntetőeljárás alternatívájaként kezelték körében a nemek aránya még markánsabb különbséget mutat, mint az összes kezelt beteg körében. Az elterelő kezelésben a nők aránya 2001-2005 között csak 11-13% volt, míg az összes kezelt betegnek körülbelül egyharmada volt nő.

Az Igazságügyi Minisztérium Pártfogó Felügyelői és Jogi Segítségnyújtó Szolgálat Országos Hivatala Módszertani és Jogi Osztálya 2004 folyamán vizsgálatot végzett, amely a pártfogó felügyelők tapasztalatait összegzi az elterelésről, ill. az eltereltekről, elsősorban a megelőző-felvilágosító szolgáltatásban résztvevőkről. A vizsgálat többek között megállapítja, hogy az eltereltek (elsősorban a megelőző-felvilágosító típusú szolgáltatásban résztvevők) többsége fiatal, felnőtt férfi, aki valamilyen szakképzettséggel vagy érettséggel rendelkezik

(középiskolát befejezte). Általában van jövedelmük, vagy eltartójuk, dolgoznak vagy tanulnak. Általában nincsen más büntetőügyük az eljárás megkezdésekor, az ügyész egyéb magatartási szabályt nem ír elő a számukra. A terheltek kevés megbízható információval rendelkeznek az elterelés büntetőjogi vagy egészségügyi vonatkozásairól, habár túlnyomó többségük részt vesz szakszerű előzetes állapotfelmérésen.

Az Országos Addiktológiai Intézet 2005 folyamán, a létrejövő adatszolgáltatási rendszer teszteléseként kiválasztott, nagy forgalmú megelőző-felvilágosító szolgáltatók adatai alapján azt találta, hogy a megelőző-felvilágosító szolgáltatásba kerülők kb. 85%-a férfi, életviteli státusza alapján 65-80%-uk a szüleivel él, munkaügyi státuszukra nézve kb. 50%-uk alkalmazásban van, rendszeresen foglalkoztatott, 25-40%-uk tanul.

Az egyik szolgáltatónál – amely az ország gazdaságilag deprivált területén működik – a tanulók aránya alacsonyabb volt (20% alatt), ugyanitt volt a legmagasabb a csak alapfokú végzettséggel rendelkezők aránya (60%). Az elkövetéskor használt szer leggyakrabban kannabisz-származék, az elterelésben lévők 85-95%-a nem állt korábban kezelés alatt kábítószer-probléma miatt.

Ellátórendszerek

Egészségügyi ellátás

Az egészségügyi ellátást tekintve az addiktológiai gondozók hagyományos szerepe mellett egyre nagyobb részt képviselnek a drogambulanciák.

2. táblázat

Egészségügyi ellátásban kezelt drogfogyasztók megoszlása intézménytípusonként 2005-ben

Intézménytípus	Összes kezelt		Először kezelt	
	száma	%	száma	%
Addiktológiai gondozók	3 954	26,7	1 486	23,5
Drogambulanciák	5 270	35,6	2 958	46,8

Gyermekek- és ifjúságpszichiátriai gondozók	47	0,3	20	0,3
Pszichiátriai gondozók	269	1,8	165	2,6
Pszichiátriai és addiktológiai osztályok	2 552	17,3	818	12,9
Egyéb (toxikológia)	2 701	18,3	872	13,8
Összesen	14 793	100,0	6 319	100,0

Forrás: EüM 1211. sz. jelentés

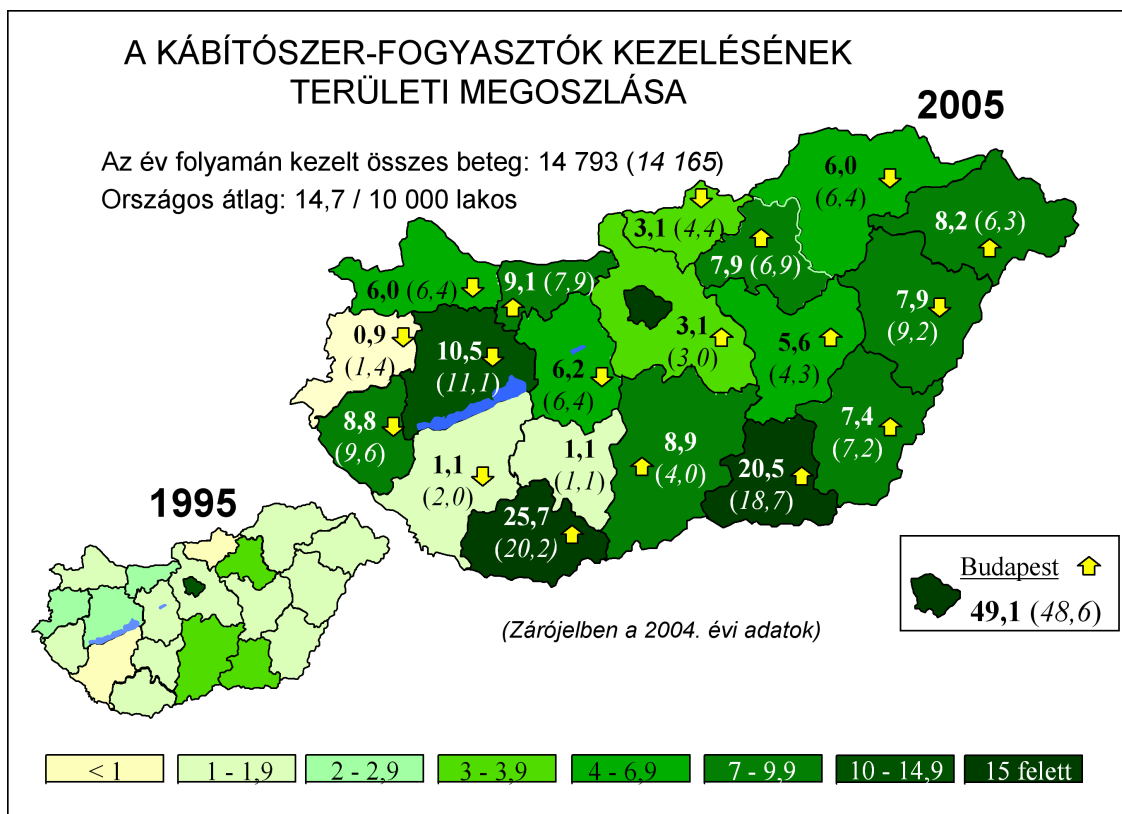
A drogfogasztók egészségügyi kezelése térítésmentes, a társadalombiztosítás alanyi jogon finanszírozza az ellátást. Két olyan központ létezik Magyarországon, a Soroksári Addiktológiai Centrum és a Szolnoki Addiktológiai Centrum, ahol a betegek számára az ellátás ingyenes, de a finanszírozást nem az OEP, hanem a Magyar Ökumenikus Segélyszervezet biztosítja.

Több magánorvosi rendelés is működik Magyarországon, ahol szenvedélybetegeket kezelnek és az ellátást teljes mértékben a betegnek kell fizetnie. A magánrendelések pontos száma nem ismert, számuk körülbelül 50.

Területi különbségek az ellátásban

A drogbetegek egészségügyi ellátása területi ellátást jelent. Egy adott megye forgalmát jelentősen befolyásolja az, hogy működik-e a területén drogambulancia.

A lakosságszámra vetített kezelt kábítószer-fogyasztók számában nincs jelentős eltérés az ország keleti és nyugati fele között. A kiugró különbség Budapest és vonzáskörzete, illetve az ország többi része között mutatkozik. Ez a különbség 1996 óta a többszörösére nőtt.



Forrás: OSAP 1627, illetve EüM 1211. sz. jelentés

A drogfogyasztókat érintő változás 2005-től, hogy a módosított szociális törvény szerint, a közösségi addiktológiai ellátás keretében lehetőség van ún. közösségi ellátás nyújtására és utcai munkára normatív támogatás igénybevételére. Noha ezeket az ellátási formákat Magyarországon a szociális ellátások közé sorolják, valójában – a közösségi ellátások, valamint az utcai ellátások egy részében – az EMCDDA TDI definíciója szerint itt is kezelés történik. A szociális ellátás ilyen jelentős előretörését azzal magyarázhatjuk, hogy az egészségügyi finanszírozás (OEP) nem finanszíroz új drogbeteg ellátásokat.

Szociális ellátás

Hasonló a helyzet a szociális ellátások más területén is. A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet 2005-ös felmérése szerint, amelyet szenvedélybetegeket ellátó szociális intézményeknek kiküldött kérdőívvel végeztek el, négyféle szakosított szociális intézményben

folyik szenvedélybetegek ellátása: nappali ellátást, átmeneti elhelyezést, ápolást és gondozást nyújtó intézményekben, valamint rehabilitációs intézményekben. Az ápolást és gondozást nyújtó intézményekben ellátott szenvedélybetegek 98%-a alkoholfüggőségben szenved, a kábítószer-fogyasztók száma itt elenyésző. Az átmeneti elhelyezést nyújtó szolgáltatóknál (szenvedélybetegek átmeneti otthona) a kábítószer-fogyasztók aránya 9%, a nappali ellátó intézményekben 33%, a rehabilitációs intézményekben pedig 25%.

Ezekben az intézményekben szintén folyik TDI szerinti kezelés. A fenti intézménytípusok közül csak a rehabilitációs intézmények vesznek részt az országos adatgyűjtési rendszerben.

2005-ben a pécsi Leo Amici Alapítvány, egy drogterápiás intézet, elnyerte az Euro TC (European Treatment Centers for Drug Addiction) minőségügyi tanúsítványt. További változás, hogy 2005 májusában Nyugat-Magyarországon megnyílt az első magán pszichiátriai és addiktológiai egészségközpont, ahol drogbetegek rehabilitációja folyik. 2005-ben 24 fő részesült kezelésben, közülük kb. 40% volt kábítószer-fogyasztó (leginkább heroin- és kokainhasználók).

Gyógyszermentes kezelés

Kórházi fekvőbeteg-ellátás

Az állandó lakcím szerint illetékes pszichiátriai és/vagy addiktológiai fekvőbeteg-osztály biztosítja a kórházi kezelést az elvonási, vagy egyéb társult, vagy komorbid pszichiátriai tünetek esetében. A fekvőbeteg-ellátás pszichiátriai osztályokon, pszichiátriai osztályok addiktológiai részlegeiben és kisebb mértékben önálló addiktológiai részlegeken történik. Az addiktológiai (azon belül is a kábítószer-fogyasztó betegek rendelkezésére álló) kapacitásról, a kezelt drogbetegek számáról nehéz valós képet alkotni: az addiktológiai ágyak egy része pszichiátriai ágyként van elszámolva, valamint a kábítószer-használókat – különösen akkor, ha nem kifejezetten kábítószer-probléma miatt kezelik őket – nem így jelentik. Ennek oka a kábítószer-használók kezeléséért kapott alacsony pontszám (Homogén Betegség Csoport), így az alacsony finanszírozás. A fekvőbeteg-ellátásban az addiktológiai ágyak száma 13%-ról 10%-ra csökkent.

Járóbeteg (ambuláns) kezelés

A járóbeteg-szakellátás fekvőbeteg osztályokhoz tartozó szakambulanciákra, osztályhoz nem tartozó szakrendelőkre, pszichiátriai és addiktológiai gondozókra és speciális, csak drogbetegekkal foglalkozó drogambulanciákra osztható. Az ellátást a területileg illetékes központ biztosítja. A felnőtt pszichiátriai gondozók forgalma 2005-ben nőtt, ezzel párhuzamosan csökkent az egy gondozottra jutó éves megjelenések száma.

2005-ben egy új járóbeteg-ellátó központ létesült, a Szolnoki Addiktológiai Centrum.

Gyógyszeres kezelés

Kórházi fekvőbeteg-ellátás és ambuláns ellátás keretében is folytatnak Magyarországon gyógyszerrel támogatott kezeléseket. Ez elsősorban metadonkezelést jelent, amelynek mindkét formája, az elvonó és a fenntartó kezelés is térítésmentes a betegek számára. Az elvonási tünetek kezelésében szorongáscsökkentő és fájdalomcsillapító szerek széles körben használatosak. Opiátfüggők kezelésére helyenként (elsősorban a drogambulanciákon), Naltrexont használnak.

Magyarországon metadonközpont nincs, a drogambulanciák keretében működnek a metadonprogramok.

Budapesten egy, vidéken két kórházi osztályon van lehetőség korlátozott számban rövid távú detoxikációs metadonkezelésre. A járóbeteg-ellátáson belül elsősorban fenntartó kezelésre van mód, de ezen intézmények mindegyikénél lehetőség van hosszú távú elvonó kezelésre is. 2004 őszétől lehetőség van ambuláns módon elkezdett metadonkezelést rehabilitációs körülmények között hosszú távú detoxikációs kezelési formában folytatni a Deszki Rehabilitációs Központban.

Szubsztitúciós fenntartó kezelést változatlanul nyolc járóbeteg ellátó intézmény biztosít. Ezek közül három a fővárosban működik. A metadonprogramok adatait a Nyíró Gyula Kórház Drogambulanciája összesíti (2002 óta).

Összesen 766 fő kezdett meg metadonprogramot 2005-ben. A kliensek 75%-a Budapesten vette igénybe ezt a szolgáltatást. Sok kezelést igénylő van várólistán, nekik 2-3 hónapot kell várniuk.

Szenvedélybetegek közösségi ellátása

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (továbbiakban Szt.) a szenvedélybetegek ellátásával kapcsolatban a következő ellátási formákat különíti el.

A szociális alapszolgáltatások között a családsegítést, a közösségi ellátásokat, az utcai szociális munkát és a nappali ellátást nevesíti a törvény. Az alapszolgáltatások az igénybe vevők saját otthonában és lakókörnyezetében történik. A családsegítés keretében a kábítószer-problémával küzdők részére tanácsadás nyújtása biztosítandó. A szenvedélybetegek közösségi ellátása 2005-től állami normatív támogatásban részesül, és a következő feladatok megvalósítására hivatott:

- lakókörnyezetben történő segítségnyújtás az önálló életvitel fenntartásában,
- meglevő képességek megtartása, fejlesztése,
- állapot folyamatos figyelemmel kísérése,
- pszichoszociális rehabilitáció, szociális és mentális gondozás,
- orvosi vagy egyéb terápiás kezelésen, szolgáltatásban, szűrővizsgálaton való részvétel ösztönzése és figyelemmel kísérése,
- megkereső programok szervezése az ellátásra szoruló személyek elérése érdekében.

A közösségi ellátásokat a települési önkormányzat köteles biztosítani, ha területén 10.000 főnél több állandó lakos él.

2005. évi CLXX. törvény (XII. 19.) módosította az Szt.-t: a közösségi ellátások eddigi feladatai közösségi ellátásokként fogalmazódnak meg, továbbá a törvénymódosítás nevesíti az alacsonyküszöbű ellátást, mint speciális közösségi ellátást, és ennek keretében 2007. január 1-től a következők biztosítandók:

- kezelésen, szolgáltatásban, szűrővizsgálaton való részvétel ösztönzése és figyelemmel kísérése,
- megkereső programok szervezése,
- a kábítószer-használat okozta egészségügyi és szociális károk mérsékléséhez szükséges egyes ártalomcsökkentő szolgáltatások,

- kríziskezelés az életet veszélyeztető, a testi, szociális, kapcsolati és életvezetési rendszerben kialakult kezelhetetlen helyzetek esetére.

Az alacsonyküszöbű ellátást minden települési önkormányzatnak biztosítani kell 2007. december 31-ig, amelynek területén legalább 30 000 állandó lakos él. A normatív finanszírozási rendszer kidolgozása folyamatban van.

A nappali ellátás kábítószer-fogyasztók részére lehetőséget biztosít a napközbeni tartózkodásra, társas kapcsolatok kialakítására, valamint az alapvető higiéniai szükségleteik kielégítésére, továbbá megszervezi az ellátottak napközbeni étkeztetését (ha van rá igény), illetve egyéni terápiás tervet dolgoz ki a segítséget kérő rehabilitálódására, reszocializációjára. A települési önkormányzat köteles biztosítani a nappali ellátást, ha háromezer főnél több állandó lakos él a település területén.

Az Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium (ICsSzEM) támogatásával és a Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet (NCsSzI) koordinálásával 2005 májusában Addiktológiai Szakértői Munkacsoport (ASzM) jött létre. A munkacsoport célja, hogy folyamatosan közreműködjön a szakterület koncepciójából, irányelveiből, továbbá a Nemzeti Drogstratégiából, és a kibontakozóban levő Nemzeti Alkoholpolitikai Koncepcióból adódó – az ASzM számára mindenkor az ICsSzEM által aktuálisan delegált és nevesített – feladatok végrehajtásában (szakkérdések megvitatása, szakmai anyagok, irányelvek, írásbeli összefoglalók, javaslatok, állásfoglalás-tervezetek előkészítése, véleményezése, készítése). 2005-ben két munkacsoport jött létre az ASzM-en belül, amelyek még az évben a következő feladatokat végezték el:

- „Közösségi ellátás a szenvedélybetegek számára” c. szakmai iránymutatás kidolgozása,
- „Alacsonyküszöbű szolgáltatások a szenvedélybetegek szociális alapellátásban” c. szakmai iránymutatás kidolgozása,
- „Szenvedélybetegek nappali intézménye a szociális alapellátások körében” c. szakmai iránymutatás kidolgozása.

2005 decemberében az alacsonyküszöbű ellátási forma nevesítésre került a szociális törvényben a szociális alapszolgáltatások és azon belül a közösségi ellátások között. A törvényt módosítás 2007. január 1-től hatályos. Az alacsonyküszöbű szolgáltatások normatív finanszírozásának kidolgozása folyamatban van. 2007. december 31-ig minden olyan település önkormányzatának biztosítania kell az alacsonyküszöbű ellátás elérhetőségét a településen, ahol állandó lakosok száma eléri a 30 000 főt.

Tűcsereprogramok

Tűcsereprogramok működtetésével 2005-ben 13 szervezet foglalkozott, amelyek közül 4 budapesti. Egy új program indult el Békéscsabán, ahol utcai megkereső munka során biztosítanak tűcserét. További változás, hogy a Miskolci Drogambulancián 2005-ben megszűnt a fix telephelyű tűcsereprogram, viszont 2004 decemberétől működik tűcsere-automata. A további vidéki szervezetek a következő városokban találhatók: Debrecen, Gyula, Kecskemét, Miskolc, Pécs, Szeged, Veszprém.

Állandó telephelyű programokat két budapesti és négy vidéki szervezetnél vehetnek igénybe az intravénás kábítószer-fogyasztók. A hat program keretében az összesen kiosztott injektorok száma 58.804 volt, amely 92%-os növekedést mutat. E nagymérvű növekedés 97%-át a Drogprevenációs Alapítvány (Budapest) keretében működő program injektor-forgalma teszi ki. A vidéki városok injektorkiadása 210 és 370 db között változik. A kliensek által visszahozott (visszajuttatott) injektorok aránya országos viszonylatban a fix telephelyű programok esetében 56% volt, amely 5%-os csökkenést jelent.

Az automaták forgalma majdnem megháromszorozódott: az öt program (közülük egy budapesti) keretében 20 263 injektor került kiosztásra. Néhány automata közelében elhelyezett speciális hulladékgyűjtőkben összesen 496 injektort találtak az év folyamán (túlnyomórészt Miskolcon).

Mobil tűcserét továbbra is két budapesti szolgáltató biztosított. A kiosztott injektorok száma megkétszereződött (5500 db), a becserélési arány viszont csökkent: 83%-ról 68%-ra. A rejtett intravénás kábítószer-fogyasztók elérését és számukra tűcserét leginkább lehetővé tévő utcai megkereső programok (Budapesten 2, vidéken 3 program) keretében 20 823 db injektor került

kiosztásra, amely nagymérvű csökkenést mutat (2004-ben 38 742), de a becserélési arány lényegesen javult: 55%-ról 74%-ra. Három program von be sorstársakat is a munkájába.

2005-ben az összes kiosztott injektorok száma az előző évhez képest 32%-kal növekedett, azonban a becserélési arány 3%-ot csökkent. Tűcsere-szolgáltatásban az adatok szerint 959 kliens részesült, amely 13%-os csökkenést jelent, de másodlagos tűcserére utal az a tény, hogy az egy főre jutó injektorok száma folyamatosan nő: 2003-ban 54 injektor/fő, 2004-ben 72 injektor/fő, 2005-ben 110 injektor/fő. A kliensekkel való találkozások (kontaktok) száma 8700 volt, amely szintén jelentős, 39%-os növekedést mutat.

A Budapesten működő tűcsereprogramok és a Budapesti Rendőr-főkapitányság megállapodása szerint a tűcsereprogramok dolgozói által kiállított, anonim és kóddal ellátott ún. klienskártya használatával a tűcsereprogramok használói mentesülnek attól, hogy az intézkedő rendőr (kártya felmutatása után) a náluk talált steril vagy használt injektor miatt rendőri intézkedést foganatosítson. A kártya használata a tűcsere-szolgáltatók tapasztalata szerint nem teljesen problémamentes, de folyamatosan javul.

Más a helyzet vidéken. A klienskártya országos szintre történő kiterjesztése előtt az Országos Rendőr-főkapitányság (ORFK) kikérte a Legfőbb Ügyészség állásfoglalását, s ez alapján a kártya országos bevezetése meghiúsult.

Kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek megelőzése

2005 augusztusától, az országos tisztifőorvos rendelete alapján a drogambulanciák és más kezelőhelyek kérésére az intravénás kábítószer-használók HIV és hepatitis C szűrővizsgálatát az ÁNTSZ regionális laboratóriumai (országos lefedettséget biztosítanak) az ÁNTSZ költségén, a beküldő számára térítésmentesen végzik el.

A hepatitis B elleni védőoltás a 14 éves korig kötelező és ingyenes védőoltási rendszer utolsó eleme. A 14. életévben iskolai kampányoltás keretében kerül rá sor 1999 óta.

A 2005. év második felében Budapesten az Országos Epidemiológiai Központ által működtetett HIV/AIDS tanácsadót felújították, ahol a szakmai protokollnak megfelelően történik az önkéntes szűrővizsgálat és a tanácsadás. Ezen kívül az ország minden megyéjében

- korlátozott rendelési időben -, de van lehetőség önkéntes, térítésmentes HIV- szűrésre és tanácsadásra. 2005-ben 110 szűrést és tanácsadást végző szakember számára tartottak WHO tananyagra épülő HIV-counselling tanfolyamot a Nemzeti Népegészségügyi Program finanszírozásával.

Az AIDS Világnap alkalmából valamennyi megyében széles körű kampány zajlott főleg a fiatalok és a rizikócsoporthoz tartozók számára az önkéntes HIV-szűrővizsgálatok népszerűsítése érdekében.

Társadalmi reintegráció

A felépülési lánc utolsó szakaszát jelentő reintegráció a szociális ellátás területén a közösségi ellátáson (pszichoszociális utógondozás), a bentlakásos és nappali intézmények munka-rehabilitációs és fejlesztő-felkészítő programjain, védett munkahelyek biztosításán és a lakóotthonokban való elhelyezésen keresztül jelenik meg hangsúlyozottan.

A célzottan kábítószer-fogyasztók számára programokat működtető civil szervezetek mellett a szociális alapszolgáltatás is hangsúlyosan bekapcsolódik a reintegráció elősegítésébe, miután állami normatív támogatás jelent meg a szenvedélybetegek közösségi ellátásában.

Alapvetően elmondható, hogy a nappali intézmények kapacitása továbbra is igen alacsony, a közösségi ellátást végző szolgálatok iránti igény és számuk azonban növekszik. (A jelenlegi adatszolgáltatás alapján a pontos szám nem ismert, a pszichiátriai és szenvedélybetegek számára létrejött közösségi ellátások együttes száma kb. 110)

2005-ben támogatási rendszer alakult ki a nappali illetve bentlakásos intézmények számára az intézményen belüli szociális foglalkoztatás megvalósítására, amelyeket az Szt. nevesít:

- Munkarehabilitáció: cél a munkakészség és testi-szellemi képességek megőrzése, fejlesztése munkavégzés által, továbbá a fejlesztő-felkészítő foglalkoztatásra való felkészítés.
- Fejlesztő-felkészítő foglalkozás: cél az önálló munkavégző képesség kialakítása, fejlesztése a munkafolyamatok betanítása és foglalkoztatás révén,

valamint felkészítés védett munkahelyen illetve a nyílt munkaerőpiacon történő önálló munkavégzésre.

A rehabilitációs intézményekből kikerült kliensek félutas házakat, félutas lakásokat vehetnek igénybe. Az utógondozás további jellemző eleme az önsegítő csoportokban való részvétel. 2005-ben az önsegítő csoportok (12 lépéses csoportok, Narcotics Anonymous [NA] csoportok) megerősödése volt tapasztalható, mind létszámukat, területi elterjedtségüket és a gyűlések gyakoriságát illetően. (Budapesten, Pécsen és Szegeden több új csoport alakult.)

Az EQUAL projekt keretében (amelyet az Európai Szociális Alap és a Magyar Kormány finanszíroz) 2005 őszén a szenvedélybetegek gondozásának különböző szintjein tevékenykedő öt szervezet összefogásával egy olyan program indult el, mely a szenvedélybetegség teljes folyamatában komplex, hosszú távú, személyközpontú szociális támogatási formát, gondozást és társadalmi reintegrációt valósít meg.

Lakáskérdés

Budapesten 2004 decemberében kezdte meg működését egy főleg volt állami gondozott, politoxikomán (legális és illegális drogok fogyasztása együttesen) szerhasználó fiatalokat célzó védett bentlakásos szállást biztosító program.

Pécsen új félutas lakás nyílt 2005 elején, a komlói rehabilitációs intézetből kikerült felépülésben lévő szenvedélybetegek részére. A délkelet-magyarországi régióban további két rehabilitációs intézményhez kapcsolódó félutas ház kezdhette meg működését. A lakóotthonok területi lefedettsége nagyon egyenlőtlen, az ország néhány területén nem találhatóak, és ez a rehabilitációs intézmények területi elhelyezkedésével magyarázható.

Rehabilitációs intézménytől függetlenül működő, kábítószer-fogyasztók részére igénybe vehető lakóotthon (félutas ház) jelenleg egy van az országban, a Baptista Szeretetszolgálat által létrehozott Boldogkerti Lakóotthon. A férfiak számára fenntartott félutas ház férőhelye kibővült: 14 fő befogadására képes. Foglalkoztatási programjának keretében elsősorban a külső munkahelyeken történő foglalkoztatást támogatja. Az alapvető szociális ügyintézés mellett az otthonban az önsegítő csoportok működtetése is kiemelt szempont.

Budapesten, a Megálló Alapítványhoz tartozó félutas lakás működtetése 2005 májusban abbamaradt. Itt 4 fő lakott egyidejűleg, akik rehabilitációs intézményekből kerültek Budapestre. (A jelentés készítésekor kapott információk szerint a program folytatása előkészítés alatt van.)

Oktatás, képzés

A képzési formák közül példaként említendő a Megálló Csoport modellértékű programja, amely speciális középiskolai oktatási programot tart középiskolát elkezdett, de azt a kábítószer-használat miatt félbeszakító, abbahagyó fiatalok számára. A képzés 2-8 évig tart, rugalmasabb időbeosztást tesz lehetővé, középiskolai végzettséget ad. Befogadó képessége 25-30 fő, amely évente 10-15 új, illetve kilépő fiatalot jelent a programban.

Foglalkoztatás

A kábítószerügyi koordinációért felelős tárca (ICSSZEM) 2005-ben pályázati úton nyújtott támogatást védett munkahelyek létesítéséhez. A „Szenvedélybetegek reszocializációját, reintegrációját elősegítő fejlesztések támogatása” pályázat keretösszege 56.400.000 Ft volt 2005-ben.

Védett munkahelyek az országban szintén egyenetlenül találhatók, többnyire rehabilitációs intézményhez kapcsolódóan. Dél-Dunántúlon (Kovácsszénája) 2005-ben új védett munkahely nyílt a terápiából kikerültek számára.

A Megálló Csoport Budapesten foglalkoztat közérdekű munkára kötelezett egyéneket. Kapcsolatban állnak a Pártfogói Felügyeleti Szolgálattal, és a kábítószer-fogyasztó elkövetők náluk tölthetik le büntetésüket.

Országos szinten a tavalyi év közepén indultak foglalkoztató programok, amelyek pszichiátriai betegek és megváltozott munkaképességű szenvedélybetegek által igénybe vehetőek.

Új reszocializációs központ kialakítása kezdődött el Budapesten (Emberbarát Alapítvány), amely átmeneti otthont, védett munkahelyet, oktatási stúdiót, valamint lakóotthont foglal majd

magába. Az alapítvány által működtetett sütőüzem (védett munkahely) 2005-ben kezdte meg működését.

Felhasznált irodalom

Elekes Zs. (2005): A drogfogyasztás elterjedtsége és a drogfogyasztásra ható társadalmi tényezők iskolában tanuló fiatalok körében. Demográfia 2005-4: 345–374. o.

Elekes Zs. – Paksi B. (2000): Drogok és fiatalok. Középiskolások droghasználata, alkoholfogyasztása és dohányzása az évezred végén Magyarországon. ISMertető 8. Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest.

Elekes Zs. – Paksi B. (2005): Alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokások a budapesti 9-10. évfolyamos középiskolások körében. Nem publikált kutatási beszámoló.

Farkas L. – Gerevich J. (2005): Fogyatékosok drogfogyasztási jellemzőinek feltárása. Nme publikált kutatási beszámoló.

Marton K. (2005): Drogrevenió a szabadidős foglalkozásokban – elméletben és gyakorlatban. Záró tanulmány. Gyermekparadicsom Alapítvány .

Szilágyi Zs. (2006): A kábítószer-fogyasztási szokások felmérése a Magyar Honvédség személyi állománya körében: A kábítószer-fogyasztás epidemiológiai vizsgálata és a pszichológiai háttértényezők feltárása. MH Egészségvédelmi Intézet. Nem publikált.